MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO
GOBIERNO DE ENTRE RÍOS

SOLICITUD DE ALTA

Tipo de Solicitud (ingresar Cantidad)

Riesgo Social		Riesgo Bajo Bajo Peso		Diabetes	
Celiaquía		Sobrepeso Obesidad		Adulto Mayor	

INFORME DE SITUACION SOCIO ECONOMICA TITULAR DEL GRUPO CONVIVIENTE

FORM. A

DATOS PARTICULARES

CUIL	Tipo Doc.
- -	○ DNI ○ LC ○ LE

Apellido	Nombre	Fecha de Nac.	Edad
		/ /	

Estado Civil	Celular
○ Soltera/o ○ Casada/o ○ Viuda/o ○ Separada/o ○ Divorciada/o ○ U. Hecho	( )

DOMICILIO

Departamento	Localidad	Calle y Nro

Referencia Domiciliaria

Teléfono Fijo

( )

Ocupación

Desocupada/o	Ama de Casa	Changas	Estudiante	Emp. Doméstica -16 horas
Emp. Privado	Emp. Público	Monotrib. Social	Monotributo	Emp. Doméstica +16 horas
Pesca	Otra:			

Beneficios

Ley 4035 | Progresar | Volver al Trabajo | Tarjeta Alimentar | Asig. Universal | Acomp. Social

Otro:

Jubilación

Provincial

Nacional

Pensiones No Contributivas

○ Madre 7 hijos ○ Invalidez ○ Vejez

Cobertura Social

Ingresos

○ Mayor ○ Menor

según límite mínimo

Escolaridad

Situación	Nivel	Alcance
No tiene	○ Inicial ○ Primario ○ Secundario ○ Terciario ○ Universitario	○ Incompleto ○ En Curso ○ Completo
Analfabeto		

Salud

Enfermedades

Cardiovascular	Chagas	Cólera	Celiaquía	Desnutrición	HTA	ETS	TBC
Leptospirosis	Dengue	Diabetes	Otra:				

Institución Sanitaria a la que asiste regularmente:

INFORME DE SITUACION SOCIO ECONOMICA
CONYUGE

FORM. B1

DATOS PARTICULARES

CUIL	Tipo Doc.
- -	○ DNI ○ LC ○ LE

Apellido	Nombre	Fecha de Nac.	Edad
		/ /	

Estado Civil	Celular
○ Soltera/o ○ Casada/o ○ Viuda/o ○ Separada/o ○ Divorciada/o ○ U. Hecho	( )

Ocupación

☐ Desocupada/o ☐ Ama de Casa ☐ Changas ☐ Estudiante ☐ Emp. Doméstica -16 horas
☐ Emp. Privado ☐ Emp. Público ☐ Monotrib. Social ☐ Monotributo ☐ Emp. Doméstica +16 horas
☐ Pesca ☐ Otra: _____

Beneficios

☐ Ley 4035 ☐ Progresar ☐ Volver al Trabajo ☐ Tarjeta Alimentar ☐ Asig. Universal ☐ Acomp. Social
☐ Otro: _____

Jubilación	Pensiones No Contributivas	Cobertura Social	Ingresos
☐ Provincial ☐ Nacional	○ Madre 7 hijos ○ Invalidez ○ Vejez		○ Mayor ○ Menor *según límite mínimo*

Escolaridad

Situación	Nivel	Alcance
☐ No tiene ☐ Analfabeto	○ Inicial ○ Primario ○ Secundario ○ Terciario ○ Universitario	○ Incompleto ○ En Curso ○ Completo

Salud

Enfermedades

☐ Cardiovascular ☐ Chagas ☐ Cólera ☐ Celiaquía ☐ Desnutrición ☐ HTA ☐ ETS ☐ TBC
☐ Leptospirosis ☐ Dengue ☐ Diabetes ☐ Otra: _____

Institución Sanitaria a la que asiste regularmente:

INFORME DE SITUACION SOCIO ECONOMICA
CONVIVIENTE

FORM. B2

DATOS PARTICULARES

CUIL	Tipo Doc.	Vínculo con el TITULAR del GRUPO CONVIVIENTE
- -	○ DNI ○ LC ○ LE	○ hijo/a ○ nieto/a ○ otro familiar ○ otro no familiar

Apellido	Nombre	Fecha de Nac.	Edad
		/ /	

Estado Civil	Celular
○ Soltera/o ○ Casada/o ○ Viuda/o ○ Separada/o ○ Divorciada/o ○ U. Hecho	( )

Ocupación

☐ Desocupada/o ☐ Ama de Casa ☐ Changas ☐ Estudiante ☐ Emp. Doméstica -16 horas
☐ Emp. Privado ☐ Emp. Público ☐ Monotrib. Social ☐ Monotributo ☐ Emp. Doméstica +16 horas
☐ Pesca ☐ Otra: _____

Beneficios

☐ Ley 4035 ☐ Progresar ☐ Volver al Trabajo ☐ Tarjeta Alimentar ☐ Asig. Universal ☐ Acomp. Social
☐ Otro: _____

Jubilación	Pensiones No Contributivas	Cobertura Social	Ingresos
☐ Provincial ☐ Nacional	○ Madre 7 hijos ○ Invalidez ○ Vejez		○ Mayor ○ Menor *según límite mínimo*

Escolaridad

Situación	Nivel	Alcance
☐ No tiene ☐ Analfabeto	○ Inicial ○ Primario ○ Secundario ○ Terciario ○ Universitario	○ Incompleto ○ En Curso ○ Completo

Salud

Enfermedades

☐ Cardiovascular ☐ Chagas ☐ Cólera ☐ Celiaquía ☐ Desnutrición ☐ HTA ☐ ETS ☐ TBC
☐ Leptospirosis ☐ Dengue ☐ Diabetes ☐ Otra: _____

Institución Sanitaria a la que asiste regularmente:

INFORME DE SITUACION SOCIO ECONOMICA
SITUACION HABITACIONAL

FORM. C

CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Ubicación	○ Urbana ○ Rural		
Tipo	○ Casa ○ Casilla ○ Rancho ○ Departamento ○ Pensión ○ Prefabricada ○ Situación de calle		
Nº Ambientes			
Nº Habitaciones			
Combustible	○ Gas de red ○ Gas envasado ○ Leña/Carbón ○ Querosene		
Agua	○ Corriente ○ Pozo/Vertiente ○ Cañería externa ○ Aljibe ○ Otros		
Baño	○ Interno ○ Externo ○ Cielo abierto ○ No posee		
Vivienda	○ Propia ○ Alquilada ○ Cedida ○ Sucesión ○ Ocupante	Monto final	

PRESTACIONES SOLICITADAS

FORM. D

Prest.	Apellido y Nombre del TITULAR DE DERECHO	DNI

Apreciación y sugerencia Profesional:

Lugar y Fecha de Realización

Firma y Aclaración Profesional

Firma y Aclaración del solicitante (La presente documentación se firma en carácter de Declaración Jurada)

Observaciones del Equipo Técnico de la Dirección de Políticas Alimentarias:

INSTRUCTIVO PARA LA SOLICITUD DE ALTA

Este instructivo se eleva a cada Municipio y/o Junta de Gobierno y será completado por el Profesional Licenciado en Trabajo Social correspondiente, teniendo el Equipo Técnico de la Dirección de Políticas Alimentarias la tarea de supervisarlo y avalar o no la incorporación del posible Titular de Derecho.

- La tarjeta alimentaria no presenta ninguna incompatibilidad con otros programas sociales, a excepción del programa Alimentar – Plan Nacional Argentina Contra El Hambre.
- Un grupo conviviente podrá contar con un sólo Riesgo Social y, acorde a los criterios de inclusión, podrá sumar los distintos complementos que ofrecen los convenios vigentes.

COMO COMPLETAR LOS FORMULARIOS:

En los campos en los que tienen múltiples opciones, se debe marcar:	• Una sola opción cuando es un círculo. • Una o varias opciones cuando es un recuadro

FORMULARIOS A, B1 Y B2

- **Datos particulares**: CUIL, tipo de documento, Nombre y Apellido, Estado civil, número de teléfono de contacto
- **Vínculo con el titular**: Especificar solo en el formulario B2 SITUACION ECONOMICA del CONVIVIENTE
- **Domicilio: Sólo en formulario A**
    - **Ubicación:** departamento, localidad, calle y número.
    - **Referencia Domiciliaria:** Descripción para identificar la localización del domicilio (por ejemplo: cercano a policía, escuela, etc.)
    - **Teléfono fijo:** Hace referencia al teléfono de línea del hogar.
- **Ocupación:** Especificar a qué se dedica **(sólo en caso de ser mayor de edad)**
- **Beneficios:** Marcar alguno/s de los beneficios listados **(sólo en caso de ser mayor de edad)**
- **Jubilación y Pensiones No Contributivas: (sólo en caso de ser mayor de edad)**
- **Cobertura Social:** Si posee especificar cuál **(sólo en caso de ser mayor de edad)**
- **Ingresos:** Indicar si es mayor o menor al criterio establecido en el Programa **(sólo en caso de ser mayor de edad)**
- **Escolaridad*:*** Situación, Nivel y Alcance, Beca (si es beneficiario de alguna indicar cuál)
- **Salud:** Marcar alguna/s de las enfermedades listadas. Si no está, seleccionar "Otro" y especificar cuál es.

Observaciones:

- Debe utilizarse un formulario B2 por integrante del Grupo Conviviente.
- Presentar fotocopia de DNI (Ambas caras) de todas las personas.
- Certificación Negativa de los mayores de edad.

FORMULARIO C:

Características de la vivienda

- **Ubicación, Tipo, Combustible, Agua, Baño:** En cada ítem seleccionar una de las opciones disponibles
- **Vivienda:** Seleccionar una de las opciones disponibles y agregar el monto del alquiler si lo hubiera
- **Nº Ambientes:** Especificar el número, vivienda completa.
- **Nº Habitaciones:** Especificar el número, solo los dormitorios.

FORMULARIO D:

- **PRESTACIONES SOLICITADAS:** Especificar que prestación se solicita (seleccionar una de la lista de prestaciones y escribir su sigla identificativa). Completar con los datos del titular de Derecho y su DNI. Cada prestación deberá estar acompañada de la documentación solicitada

Lista de Prestaciones

Prestación	Sigla	Observaciones	Documentación solicitada
Riesgo Social	RS	Persona en vulnerabilidad social	Comprobante de Ingresos
Riesgo Bajo Peso-Bajo Peso	R/BP	Sin límite de edad en Bajo Peso	Certificado Médico para Solicitud de Alta
Sobrepeso-Obesidad	SO	Menores de 18 años	Certificado Médico para Solicitud de Alta
Celiaquía	CEL	Sin Obra Social **(1)** Sin límite de edad	Constancia de Enfermedad Celíaca Biopsia Institucional Análisis Bioquímicos Serológicos
Adulto Mayor	AM	mayor de 60 años	Fotocopia de Recibo de Sueldo
Diabetes	DBT	Sin límite de edad	Certificado médico

1) para las empleadas domésticas rige la ley Nº Ley 25.239 (Título XVIII), la cual establece que para tener derecho a las prestaciones de la Seguridad Social (Jubilación y Obra Social) la empleada doméstica debe estar en la categoría de 16 o más horas semanales trabajadas (para el mismo o para diferentes dadores de trabajo). El pago de aportes y contribuciones se efectiviza mediante el formulario AFIP N° 102/B.
Según lo mencionado anteriormente la tarjeta para personas con celiaquía será compatible para las empleadas domésticas con menos de 16 horas semanales, ya que su patología no está cubierta por la obra social.

- **Apreciación y sugerencia Profesional:** El profesional interviniente podrá sugerir la incorporación al Programa o No, considerando todos los aspectos que a su entender justifiquen el alta.

- **Observaciones del Equipo Técnico de la Dirección de Políticas Alimentarias:** Este cuadro será completado con la situación observada en cuanto a los ingresos que permitan visualizar si sus necesidades básicas están cubiertas o no, si se encuentra en situación de vulnerabilidad social, y algunos otros datos que considere oportuno de resaltar. Quedando a consideración del Equipo Técnico del Programa la evaluación correspondiente, ***inclusive cuando se considere alguna excepción según ingreso y egreso de salarios del grupo familiar.***